

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1925-1926. — N° 44

---

ÉTUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE

DES

# PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

à la clinique d'accouchements de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux de 1920 à 1925

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Décembre 1925*

PAR

**Charles-Henri-Pierre BERTRAND**

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PARIS (Seine), le 14 février 1901.

---

|                        |   |                              |            |
|------------------------|---|------------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. RIVIÈRE, professeur..... | Président. |
|                        |   | SABRAZÈS, professeur.....    | Juges.     |
|                        |   | CARLES, professeur.....      |            |
|                        |   | FAUGÈRE, agrégé.....         |            |

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS  
Y. CADORET  
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

---

1925







UNIVERSITE DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

---

1925-1926. — N° 44

---

ÉTUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE  
DES

# PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

à la clinique d'accouchements de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux de 1920 à 1925

---

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Décembre 1925*

PAR

**Charles-Henri-Pierre BERTRAND**

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PARIS (Seine), le 14 février 1901.

---

|                        |   |                              |                   |
|------------------------|---|------------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. RIVIÈRE, professeur..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | SABRAZÈS, professeur .....   | <i>Juges.</i>     |
|                        |   | CARLES, professeur.....      |                   |
|                        |   | FAUGÈRE, agrégé.....         |                   |

---

BORDEAUX  
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS  
Y. CADORET  
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

# FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

## PROFESSEURS

|                                                      | MM.          |                                                   | MM.           |
|------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------|---------------|
| Clinique médicale . . . . .                          | VERGER.      | Zoologie et parasitologie . . . . .               | MANDOUL.      |
| id. . . . .                                          | CASSAET.     | Médecine expérimentale. . . . .                   | FERRÉ.        |
| Clinique chirurgicale . . . . .                      | CHAVANNAZ.   | Clinique ophtalmologique . . . . .                | LAGRANGE.     |
| id. . . . .                                          | BÉGOUIN.     | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. .  | ROCHER.       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .      | CRUCHET.     | Clinique gynécologique . . . . .                  | GUYOT.        |
| Clinique d'accouchements . . . . .                   | RIVIÈRE.     | Clinique médicale des maladies des enfants. .     | MOUSSOUS.     |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique. .     | SABRAZES.    | Chimie biologique et médicale . . . . .           | DENIGES.      |
| Anatomie. . . . .                                    | PICQUÉ.      | Physique médicale et pharmaceutique . . . . .     | SIGALAS.      |
| Anatomie générale et histologie. . . . .             | G. DUBREUIL. | Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques | LE DANTEC.    |
| Physiologie. . . . .                                 | PACHON.      | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.  | W. DUBREUILH. |
| Hygiène. . . . .                                     | AUCHÉ.       | Clinique des maladies des voies urinaires. . .    | DUVERGEY.     |
| Médecine légale et déontologie. . . . .              | LANDE.       | Clinique des maladies nerveuses et mentales .     | ABADIE.       |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médicale. . | RÉCHOU.      | Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . . . .       | N.            |
| Chimie . . . . .                                     | CHELLE.      | Toxicologie et hygiène appliquée. . . . .         | BARTHE.       |
| Botanique et matière médicale. . . . .               | BEILLE.      | Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . .   | SELLIER.      |
| Pharmacie . . . . .                                  | DUPOUY.      |                                                   |               |

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

|                                           | MM.         |                             | MM.        |
|-------------------------------------------|-------------|-----------------------------|------------|
| Anatomie et embryologie.....              | VILLEMIN.   | Médecine générale.....      | MICHELEAU. |
| Histologie.....                           | LACOSTE.    | id.....                     | BONNIN.    |
| Physiologie.....                          | DELAUNAY.   | Maladies mentales.....      | PERRENS.   |
| Anatomie pathologique.....                | MURATET.    | Chirurgie générale.....     | PAPIN.     |
| Parasitologie et sciences naturelles..... | R. SIGALAS. | id.....                     | JEANNENEY  |
| id.....                                   | N.          | id.....                     | N.         |
| Physique biologique et médicale.....      | N.          | id.....                     | N.         |
| Chimie biologique et médicale.....        | N.          | Obstétrique.....            | PERY.      |
| Médecine générale.....                    | MAURIAC.    | id.....                     | FAUGÈRE.   |
| id.....                                   | LEURET.     | Ophthalmologie.....         | TEULIÈRES. |
| id.....                                   | DUPERIÉ.    | Oto-rhino-laryngologie..... | PORTMANN.  |
| id.....                                   | GREYX.      | Pharmacie.....              | GOLSE.     |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

|                               |           |                                                |             |
|-------------------------------|-----------|------------------------------------------------|-------------|
|                               | MM.       |                                                | MM.         |
| Clinique dentaire . . . . .   | CAVALIÉ.  | Puériculture . . . . .                         | ANDÉRODIAS. |
| Médecine opératoire . . . . . | PAPIN.    | Démonstrations et préparations pharmaceutiques | LABAT.      |
| Accouchements . . . . .       | PERY.     | Chimie pharmaceutique . . . . .                | GOLSE.      |
| Ophtalmologie . . . . .       | CABANNES. | Chimie minérale . . . . .                      | GOLSE.      |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.

Pathologie externe (4<sup>e</sup> année) et petite chirurgie..... CHARRIER.

Pathologie externe (3<sup>e</sup> année) et petite chirurgie..... LOUBAT.

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

---

A MA MÈRE

---

A MA FIANCÉE

---

A MES SOEURS — A MON FRÈRE

---

A MON ONCLE ET PARRAIN

---

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARC RIVIÈRE

*Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux.*

Qui voulut bien nous donner notre sujet  
de thèse et nous diriger d'une façon si  
aimable dans nos travaux.

Faible témoignage de notre reconnais-  
sance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage de notre respectueuse gratitude.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41548625\\_0052](https://archive.org/details/IA41548625_0052)

## AVANT-PROPOS

---

Que nos maitres de la Faculté et des Hôpitaux trouvent ici l'hommage de notre reconnaissance pour l'art et le dévouement avec lesquels ils nous ont conduit au terme de nos études médicales.

Fidèle à leurs leçons et à leur exemple puissions-nous mériter toujours d'être leur humble mais digne élève.

---



ETUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE

# PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

DE 1920 A 1925

## INTRODUCTION

En écrivant ce très modeste travail, nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle; la question des présentations du siège a retenu de tous temps l'attention des maîtres dans l'art d'accoucher par leur dystocie toute spéciale et par leur fréquence relativement grande puisqu'elles sont en effet les plus fréquentes après celles du sommet.

Déjà, après bien d'autres, Pen et Mauriceau et plus tard M<sup>me</sup> de Lachapelle en avaient signalé les diverses particularités. Depuis, les différents auteurs ont émis des opinions sensiblement divergentes tant sur le pronostic que sur la conduite à tenir dans les présentations du siège.

Après les travaux sans nombre qui ont été publiés sur cette importante question d'obstétrique, il y a bien peu de marge pour des considérations nouvelles. En présence d'opinions tel-

lement diverses et parfois diamétralement opposées, il nous a semblé intéressant de chercher à nous rendre compte, par l'étude des faits cliniques, de l'état actuel du pronostic et de la thérapeutique dans les présentations du siège. Grâce à l'amabilité de M. le docteur Marc Rivière, nous pouvons verser dans le débat les observations de présentation du siège recueillies à la Clinique obstétricale de Bordeaux de 1920 à 1925.

Nous avons essayé d'en dégager des conclusions précises quant à la conduite à tenir dans les présentations du siège et nous chercherons à faire ressortir par les résultats cliniques que l'accouchement en présentation du siège, tel qu'il est traité à la Clinique obstétricale de Bordeaux et d'après les préceptes de notre maître M. le professeur Rivière, n'est pas aussi dystocique que l'ont soutenu certains auteurs.

Nous avons cru devoir rappeler au début de ce travail quelques mots sur l'historique afin de bien faire connaître l'opinion de la majorité des auteurs.

Dans un second chapitre, nous présenterons les faits cliniques recueillis par nous dans les archives de la clinique obstétricale. Et enfin, dans un troisième chapitre, nous chercherons à interpréter les résultats de notre statistique personnelle et à tirer quelques enseignements sur la conduite à tenir dans les présentations du siège; ce seront les conclusions de ce modeste travail.

## CHAPITRE PREMIER

### Historique.

---

Par sa fréquence et par la nécessité où l'on se trouve souvent d'intervenir, la présentation du siège avait déjà préoccupé les auteurs anciens qui, effrayés sans doute des difficultés qu'ils éprouvaient lorsque le siège était enclavé, suivaient les principes d'Hippocrate et s'efforçaient, lorsqu'ils le pouvaient de ramener la tête au détroit supérieur.

Guillemeau, en 1643, préconisait également cette méthode, mais, en cas d'échec, il conseillait de ne pas insister et de tirer le fœtus par les pieds après avoir amené ceux-ci à la matrice.

Mauriceau conseille de dégager les pieds et de les abaisser, mais il ajoute qu'il ne faut pas se presser pour l'extraction, une trop grande hâte faisant courir de gros risques à l'enfant. Il signale de nombreux accidents chez la mère et l'enfant : déchirures périnéales, fractures des membres, etc.

Plus tard, M<sup>me</sup> de Lachapelle fait des présentations du siège un sombre tableau : sur 804 cas, elle trouve 102 enfants faibles, 115 morts, 16 débiles et 580 bien portants. Elle insistait sur ce fait qu'il ne fallait aller chercher les pieds qu'en cas de nécessité absolue, l'engagement se faisant en général spontanément et l'accouchement se terminant de même.

Après elle, Jacquemier, en France, utilise pour les sièges décomplétés mode des fesses, le forceps abandonné depuis le xvm<sup>e</sup> siècle ; Paul Dubois et Stoltz en avouent de très bons résultats. En 1865, Tarnier écrit : « Une application de forceps faite avec prudence, sans trop serrer les manches de l'instrument, peut rendre de grands services. »

En 1872, Ahlfeld fixe la technique de l'intervention par laquelle on va chercher un pied, on l'abaisse et on laisse autant que possible l'accouchement se terminer spontanément. Mantel, plus tard, précisa sa méthode et insista particulièrement sur son utilité dans le cas de périnée résistant ou de rétrécissement du bassin.

En même temps, cependant, Otto Küstner recommandait de n'agir que dans les cas extrêmes, étant donnés les dangers auxquels pouvait exposer cette manœuvre. Le débat devait d'ailleurs longtemps rester en suspens comme en font foi les nombreuses thèses et articles parus sur ce sujet dans les quarante dernières années.

Après Ollivier, en 1882, Mantel, en 1889, et Delaunay, en 1890, trouvent avantageux d'abaisser le pied antérieur avant l'engagement et de laisser faire la nature. Broc estime, par contre, que le pourcentage des cas où cette manœuvre est nécessaire (7/163) n'est pas suffisante pour justifier son emploi systématique. D'autant plus que la plupart du temps cette manœuvre est suivie de l'extraction du siège.

Pajot écrivait en 1887, dans la *Gazette des hôpitaux* : « Nul homme n'a été dans sa pratique plus sage que Paul Dubois et je me suis toujours applaudi de suivre ses préceptes, aussi ne saurais-je trop conseiller de les suivre également. » Que prescrivait-il en pareille circonstance ? « Quand vous avez affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne, surtout chez une primipare, et que vous apercevez le siège, placez immédiatement la femme en position obstétricale, ne tirez jamais sur le fœtus, mais surveillez le travail ; s'il marche, laissez faire ; s'il marche mal, soyez prêts à intervenir. »

Potocki expose en ces termes la théorie selon laquelle il vaut mieux intervenir que trop attendre : « L'abaissement prophylactique du pied est destiné à prévenir les difficultés que l'on rencontre parfois pour extraire le siège décomplété mode des fesses, qui fournit une prise défectueuse au forceps, fragile aux laes et si souvent inaccessible au doigt pour les tractions inguinales. Grâce à la déflexion d'un membre inférieur, on pourra

tirer avec force et sans danger si l'indication s'en présente. En ayant recours au manuel opératoire préconisé par le professeur Pinard, on peut abaisser un pied, quel que soit le degré d'engagement du siège. Jamais on n'interviendra pendant la période de dilatation; le temps d'élection est le moment qui suit la rupture des membranes à la dilatation complète. On abaissera de préférence le pied antérieur. Si l'abaissement du pied a été pratiqué dans un but prophylactique, on abandonnera l'accouchement à lui-même, à moins d'indication contraire. »

Maurice Rivière, qui traitait la question à la Société obstétricale de France (avril 1895), distinguait le cas de présentation primitive et ceux de présentation secondaire du siège décomplété mode des fesses. D'après lui, « on pouvait se demander quels résultats donnait dans le premier cas la méthode préconisée par Pinard. Le procédé consistait, comme on sait, à forcer le fœtus à fléchir la jambe sur la cuisse; la main introduite dans les organes génitaux remontait jusque dans le creux poplité du fœtus et, prenant à ce niveau pour exagérer autant que possible la flexion de la cuisse sur l'abdomen, laissait à la jambe la possibilité de tomber fléchie dans la main de l'accoucheur.

» Mais si les choses se passaient ainsi dans les présentations secondaires du siège décomplété, il était peu probable que dans les présentations primitives le fœtus laisse tomber aisément dans la main de l'accoucheur une jambe qu'il avait pris l'habitude, pendant la durée de la grossesse, de maintenir relevée. Il y avait une sorte de rigidité articulaire du fœtus qui devait s'opposer à ce mouvement du fœtus. » Maurice Rivière avait donc constaté des cas de rigidité tels que la flexion de la jambe sur la cuisse était impossible.

Lepage (1905) voulut montrer que même lorsqu'on intervenait tard, on parvenait à terminer l'accouchement par l'abaissement du pied.

Puech, en 1907, signalait la difficulté de l'abaissement du pied dans les cas d'engagement profond du siège.

A ce moment-là, les accoucheurs déclaraient comme à peu près obligatoire la dystocie de dégagement de la présentation

du siège décomplété mode des fesses. Fieux, en 1914, s'éleva contre cette opinion; il estimait que bien des fois l'accouchement aurait pu se terminer sans cette manœuvre, tout au plus la tolérerait-il si, après avoir abaissé le pied, on pouvait se contenter d'attendre les événements avec confiance et patience.

En somme, à l'heure actuelle, les opinions des auteurs ne divergent pas sur l'utilité de l'abaissement prophylactique du pied mais sur le moment où l'on doit le pratiquer, les uns préconisent son emploi systématique, les autres ne le conseillent que dans le cas d'arrêt de l'accouchement.

C'est en 1898 que Mueller remit en honneur une vieille manœuvre abandonnée depuis longtemps au profit du dégagement des bras par le procédé classique. C'est la manœuvre conseillée par Deventer dans son *Novum Lumen* (Amsterdam, 1765). Le premier travail et en même temps le plus complet paraît seulement en 1905, sept ans après la communication de Mueller. Lovrich publie les résultats obtenus à la Maternité de Budapest. Viennent ensuite les travaux de Labhardt (Bâle), Rosier (Lausanne), Huddleston W. B. Slater (Groningue). Viet la combat en 1907 dans une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Leipzig, et enfin R. de Tray présente dans sa thèse inaugurale (Lausanne, 1913) une statistique de la Maternité de Lausanne portant sur neuf années, de 1903-1912. Cette question n'a pas semblé soulever en France tout l'intérêt dont elle est digne par les résultats qu'elle permet d'obtenir et nous avons cherché dans ce modeste travail à en montrer les incontestables avantages.

---

## CHAPITRE II

### Observations.

---

De janvier 1920 à janvier 1923, il y a eu à la clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux 3.558 accouchements.

Durant cette période, le nombre des présentations du siège s'est élevé à 133, dont 67 sièges complets et 66 sièges décomplétés mode des fesses. Ce qui nous donne comme pourcentage de la présentation de l'extrémité pelvienne pendant cette période de cinq années le chiffre de 3,74 p. 100.

#### Année 1920.

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Sièges complets .....                    | 10 |
| Sièges décomplétés mode des fesses ..... | 19 |
| Primipares.....                          | 11 |
| Multipares.....                          | 18 |
| Enfants vivants.....                     | 14 |
| Enfants étouffés et ranimés ...          | 7  |
| Enfants morts pendant l'extraction ..... | 3  |
| Fœtus morts et macérés .....             | 3  |

#### Pourcentage de mort-nés :

|                                          |             |
|------------------------------------------|-------------|
| 1° Chez les primipares .....             | 9,09 p. 100 |
| 2° Chez les multipares ...               | 11,11 »     |
| 3° Sièges complets.....                  | 10 »        |
| 4° Sièges décomplétés mode des fesses... | 10,5 »      |
| Pourcentage global.....                  | 10,5 »      |

**Année 1921.**

|                                          |             |
|------------------------------------------|-------------|
| Sièges complets .....                    | 17          |
| Sièges décomplétés mode des fesses ..... | 17          |
| Primipares.....                          | 16          |
| Multipares .....                         | 18          |
| Enfants vivants .....                    | 21          |
| Enfants étonnés et ranimés.....          | 7           |
| Fœtus morts et macérés .....             | 3           |
| Enfants morts pendant l'extraction ..... | 3           |
| Pourcentage de mort-nés :                |             |
| 1° Chez les primipares ....              | 6,25 p. 100 |
| 2° Chez les multipares.....              | 11,11 »     |
| 3° Sièges complets.....                  | 11,7 »      |
| 4° Sièges décomplétés.....               | 5,88 »      |
| Pourcentage global... ..                 | 8,82 »      |

**Année 1922.**

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Sièges complets .....                    | 10 |
| Sièges décomplétés mode des fesses.....  | 13 |
| Primipares.....                          | 8  |
| Multipares.....                          | 13 |
| Enfants vivants .....                    | 18 |
| Enfants étonnés et ranimés .....         | 3  |
| Enfants morts pendant l'extraction ..... | 0  |
| Enfants morts et macérés.....            | 2  |

**Année 1923.**

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Sièges complets .....                    | 15 |
| Sièges décomplétés .....                 | 11 |
| Primipares.....                          | 10 |
| Multipares .....                         | 16 |
| Enfants vivants.....                     | 14 |
| Enfants étonnés et ranimés .....         | 7  |
| Enfants morts pendant l'extraction ..... | 3  |
| Fœtus morts et macérés .....             | 2  |

**Pourcentage des enfants mort-nés :**

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| 1° Chez les primipares.....  | 10 p. 100 |
| 2° Chez les multipares ..... | 12,5 »    |
| 3° Sièges complets.....      | 13,3 »    |
| 4° Sièges décomplétés.....   | 9,09 »    |
| Pourcentage global.....      | 12,5 »    |

**Année 1924.**

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Sièges complets .....                    | 15 |
| Sièges décomplétés .....                 | 6  |
| Primipares.....                          | 9  |
| Multipares .....                         | 12 |
| Enfants vivants.....                     | 11 |
| Enfants étonnés et ranimés .....         | 3  |
| Enfants morts pendant l'extraction ..... | 5  |
| Fœtus morts et macérés . . . . .         | 2  |

**Pourcentage des enfants mort-nés:**

|                              |              |
|------------------------------|--------------|
| 1° Chez les primipares ..... | 11,11 p. 100 |
| 2° Chez les multipares ..... | 33 »         |
| 3° Sièges complets.....      | 33 »         |
| 4° Sièges décomplétés.....   | 0 »          |
| Pourcentage global.....      | 25           |

— — — — —

## CHAPITRE III

### Résultats de notre statistique personnelle. Interprétation.

---

Nous examinerons successivement les résultats de notre statistique personnelle à deux points de vue différents : tout d'abord au point de vue du pronostic fœtal (le pronostic maternel étant toujours favorable) et du résultat de l'accouchement et ensuite au point de vue des procédés opératoires qui ont été employés et des résultats qu'ils ont pu donner. Nous chercherons ensuite à en tirer des conclusions utiles pour la conduite à tenir dans les accouchements en présentation du siège.

Nous rappellerons que pendant très longtemps la présentation du siège a été regardée comme très dangereuse pour le fœtus. Ambroise Paré fut le premier à convenir « que de semblables accouchements offrent à la vérité quelques difficultés, mais que cependant la nature peut en venir à bout et que d'ordinaire l'art n'y trouve rien d'invincible ». Si, aujourd'hui, les présentations du siège nous semblent d'un pronostic moins sombre, il n'en est pas moins vrai qu'elles restent dangereuses pour le fœtus ainsi que le font ressortir toutes les statistiques fournies, à ce sujet; elles donnent comme moyenne de cas de mort du fœtus :

|                                     |      |         |
|-------------------------------------|------|---------|
| M <sup>me</sup> de Lachapelle ..... | 14   | p. 100. |
| Dubois.....                         | 9    | p. 100. |
| Pajot .....                         | 14   | p. 100. |
| Næker.....                          | 22   | p. 100. |
| Maniel ..                           | 8,13 | p. 100. |

Dans notre statistique personnelle, si nous exceptons les cas de fœtus mort avant l'accouchement, nous trouvons les résultats suivants :

1° Chez 54 primipares :

33 enfants vivants ;

16 enfants nés en état de mort apparente et ranimés ;

5 enfants morts pendant l'extraction.

2° Chez 68 multipares :

48 enfants vivants ;

10 nés en état de mort apparente et ranimés ;

10 morts pendant l'extraction.

Si nous établissons le pourcentage de la mortalité fœtale au cours du travail, nous obtenons 9,24 p. 100 pour les primipares et 14,4 p. 100 pour les multipares; frappés de cette différence énorme selon la parité de la mère, nous avons recherché les causes de la mort dans les 10 cas (multipares) où l'enfant était mort pendant l'extraction, et nous avons trouvé que 7 fois cet accident était imputable à la procidence du cordon. Une autre remarque à faire est que chez les primipares l'enfant est né, dans un tiers des cas, en état de mort apparente et a été ranimé au bout d'un laps de temps plus ou moins long qui a pu varier depuis quelques minutes jusqu'à une heure et demie (cas du 6 septembre 1920) et trois heures (cas du 26 juillet 1923) chez les multipares. Cette proportion n'est guère que d'un septième. Cette différence semble pouvoir être attribuée au défaut de souplesse des parties molles chez les primipares et à la rétraction utérine plus ou moins marquée au moment du passage de la tête dernière. D'autre part, si le périnée de la femme se laisse plus facilement distendre, le fœtus aura moins à s'incurver pour son passage et l'accouchement n'en sera que plus facile. Or, nous savons que chez les multipares le bassin distendu et assoupli par les accouchements antérieurs se prête plus facilement à une nouvelle distension, tandis que chez les

primipares celle-ci est parfois longue et pénible. D'où nous concluons à l'adaptation plus parfaite chez les multipares de la filière pelvienne au fœtus et à la nécessité moins fréquente d'intervenir chez les multipares que chez les primipares.

Reportons-nous à notre statistique personnelle pour vérifier ces conclusions et nous rendre compte en même temps des différents procédés opératoires employés. Nous avons exclu des tableaux suivants l'introduction du ballon de Champetier, la manœuvre de Mauriceau et l'abaissement des bras selon le procédé classique, parce qu'ils sont réalisés dans la majorité des cas et peuvent être considérés comme faisant partie de l'accouchement ordinaire par le siège. Nous trouvons les résultats suivants :

**Primipares (54).**

*Adaptation naturelle du fœtus à la filière pelvienne :*

- 21 enfants vivants ;
  - 5 enfants en état de mort apparente et ranimés ;
  - 3 enfants morts.
- 
- 29

*Adaptation artificielle du fœtus à la filière pelvienne :*

- 12 enfants vivants :
  - 5 abaissement prophylactique du pied ;
  - 4 forceps tête dernière ;
  - 1 fois Mueller ;
  - 2 abaissement prophylactique suivi de forceps.
- 11 enfants en état de mort apparente et ranimés :
  - 4 abaissement prophylactique du pied ;
  - 3 forceps ;
  - 2 abaissement prophylactique du pied sous chloroforme ;
  - 3 forceps tête dernière ;
  - 1 abaissement du pied et Mueller ;
  - 1 forceps sous chloroforme.
- 2 enfants morts :
  - 1 forceps tête dernière ;
  - 1 forceps tête dernière sous chloroforme.

### Multipares (68).

#### *Adaptation naturelle du fœtus à la filière pelvienne :*

- 35 enfants vivants (1 fracture humérus);
- 5 enfants en état de mort apparente ranimés;
- 6 enfants morts pendant l'extraction.

46

#### *Adaptation artificielle du fœtus à la filière pelvienne :*

- 10 enfants vivants :
  - 3 abaissement prophylactique du pied;
  - 3 forceps tête dernière;
  - 2 chloroformisation;
  - 1 Mueller;
  - 1 abaissement prophylactique du pied sous chloroforme.
- 7 enfants en état de mort apparente et ranimés :
  - 2 abaissement prophylactique du pied;
  - 2 forceps tête dernière;
  - 3 abaissement prophylactique du pied sous chloroforme.
- 5 enfants morts :
  - 1 abaissement prophylactique du pied suivi de Mueller;
  - 3 forceps tête dernière;
  - 1 forceps tête dernière sous chloroforme.

22

Nous voyons ainsi que sur 54 primipares, 29 fois seulement l'accouchement s'est terminé de façon spontanée et qu'on a eu à intervenir 25 fois. Il y eut cinq enfants morts dont deux par des applications de forceps sur la tête dernière. Une fois la mort est imputable à une circulaire du cordon, une autre fois à la procidence du cordon. Ce qui nous donne pour les primipares un pourcentage d'interventions de 46,2 p. 100 et une mortalité fœtale de 9,24 p. 100.

Chez les multipares, au contraire, nous trouvons une proportion beaucoup moins grande d'interventions, mais par contre la mortalité fœtale est plus élevée. C'est ainsi que sur 68 accouchements, si on a eu à intervenir 22 fois seulement, dans 11 cas,

par contre, le fœtus a succombé au cours de l'extraction. Le pourcentage d'intervention chez les multipares n'atteint donc que 32,35 p. 100, alors que celui de la mortalité fœtale s'élève à 14,4 p. 100. Sur ces 11 cas de morts, 6 fois l'enfant a succombé sans qu'on ait pu intervenir et la mort est due dans 5 cas à la procidence du cordon; dans 5 cas le fœtus est mort malgré l'intervention, dont 4 fois après application de forceps sur la tête dernière et 1 fois après abaissement prophylactique du pied suivi de manœuvre de Mueller.

D'après les résultats de notre statistique personnelle, on voit donc que chez les primipares l'accouchement s'est terminé d'une façon naturelle dans 53,8 p. 100 des cas, tandis que chez les multipares ce pourcentage atteignait 67,65 p. 100. A la vérité ces chiffres se rapprochent sensiblement de ceux de diverses statistiques que nous avons sous les yeux. C'est ainsi que M<sup>me</sup> Garbe-Lewikoff trouve dans une statistique faite à Toulouse en 1914, le chiffre de 57 p. 100 et qu'Hauvuy (Lyon, 1909) donne celui de 60 p. 100. Étant donnée cette fréquence des interventions dans les présentations pelviennes, nous nous proposons, dans une seconde partie, d'étudier séparément chaque procédé opératoire employé et de nous faire une idée de sa valeur et des résultats qu'on peut espérer en obtenir.

Nous étudierons tout d'abord les procédés destinés à réaliser un traitement prophylactique des présentations du siège, et tout d'abord nous nous occuperons de la dilatation vaginale pré-fœtale par l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes. Les lésions vulvo-périnéales des cas de mort apparente, les cas de compression du cordon ou de paralysie sont dus le plus souvent à une imparfaite préparation des parties molles et s'observent le plus fréquemment chez les primipares. Le ballon de Champetier de Ribes nous apparaît comme l'appareil idéal pour réaliser une préparation la plus parfaite possible des parties molles. Champetier lui-même disait : « Je veux avoir le droit de dire, quand le ballon dilatateur a franchi la vulve, que la voie est libre et que lors du passage du fœtus on ne rencontrera plus de difficultés provenant des parties molles. »

Le professeur Pinarl a recours à cette méthode d'une façon systématique depuis 1903. Il place le ballon dilatateur dans le vagin de « toutes les primipares qui viennent accoucher dans son service avec un enfant vivant et viable se présentant par l'extrémité pelvienne ». Dans notre statistique personnelle, sur 10 cas où nous avons trouvé son emploi signalé, 8 fois on en a obtenu d'excellents résultats et pour des enfants dont le poids oscille entre 2.800 grammes et 3.200 grammes. C'est pourquoi il nous paraît bon d'utiliser le ballon de Champetier de Ribes, toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une primipare et spécialement dans les cas où la dilatation est lente, les parties molles résistantes ou lorsque le fœtus semble gros. Cette manœuvre permettra souvent d'éviter des lésions des parties molles maternelles, et d'autre part, comme le dit Potocki, le ballon dilatera « la vulve avant le passage du fœtus sans qu'il serve lui même d'agent dilatateur ». Ce qui est, on en conviendra, un incontestable avantage au point de vue fœtal. Nous devons cependant signaler un inconvénient du ballon de Champetier, c'est l'œdème du périnée par gêne de la circulation de retour, cet œdème prédisposant aux déchirures péri-néales.

Une seconde manœuvre prophylactique est l'abaissement du pied antérieur qui, comme on l'a vu dans notre chapitre premier, a donné lieu à des polémiques nombreuses. Il semble aujourd'hui que l'accord soit fait sur la nécessité de cette manœuvre dans certains cas déterminés. Quoiqu'elle soit seulement utilisée dans la présentation du siège décomplété mode des fesses, nous tenons cependant à étudier les résultats obtenus dans notre statistique. Nous la trouvons mentionnée dans 23 cas qui, tous, se sont terminés d'une façon satisfaisante, et cela pour des enfants dont le poids était de 4 kil. 200, 4 kil. 150, 3 kil. 800, 3 kil. 380, 3 kil. 650, 3 kil. 300, etc. Cet abaissement prophylactique du pied est une manœuvre devenue classique et que l'on s'accorde généralement à préconiser. La plupart des accouchements difficiles que nous avons eu à enregistrer sont dus à une dilatation imparfaite; étant donnés les signes de fatigue de la

femme ou ceux de souffrance du fœtus, il a fallu intervenir soit par dilatation bimanuelle, soit avec le ballon de Champetier de Ribes. Si parfois on a pu procéder sans trop de difficultés à l'extraction du siège et des épaules il est arrivé souvent qu'après le passage du corps le col de l'utérus s'est resserré sur le cou du fœtus, et nous savons tous quel danger fait courir au fœtus une tête trop longtemps enclavée, alors que le tronc est au contact de l'air libre et des mains de l'opérateur. L'abaissement prophylactique du pied à l'orifice de dilatation suffira en général à rendre la dilatation plus progressive et plus parfaite.

Les accouchements des bassins rétrécis retireront aussi un grand avantage de l'abaissement prophylactique du pied, car il aidera à la distension des parties molles qui ont besoin, dans cette dystocie particulière, d'être distendues à leur maximum, et surtout on se ménagera ainsi un moyen de traction pour réaliser la manœuvre de Champetier.

Enfin, on pourra utilement employer l'abaissement prophylactique du pied chez une primipare toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un fœtus volumineux ou d'un périnée résistant.

En ce qui concerne le traitement curatif des présentations de l'extrémité pelvienne, il est deux procédés opératoires qui, d'après notre statistique, n'ont donné que des résultats médiocres; ce sont : la chloroformisation et l'application de forceps sur la tête dernière.

En effet, sur 6 anesthésies que nous relevons dans nos observations quatre fois le fœtus est né en état de mort apparente et a été difficilement ranimé, deux fois il est mort. C'est donc une méthode qu'il faudra éviter d'employer autant que possible, car elle a le grave inconvénient d'empêcher la malade de pousser, ce qui favorise le relèvement des bras et la déflexion de la tête, deux circonstances fort fâcheuses pour la terminaison de l'accouchement. Sur les 6 cas cités plus haut, trois fois on a dû recourir à l'abaissement prophylactique du pied et trois fois on a dû pratiquer une application de forceps sur la tête dernière. Chaque fois l'abaissement des bras fut particulièrement difficile, de même

que la manœuvre de Mauriceau lorsque celle-ci ne fut pas impossible. C'est donc une méthode à employer dans les cas d'exception, soit dans le cas de souffrance fœtale et qu'on décide une extraction rapide et immédiate, soit dans le cas de rétraction utérine sur la tête dernière.

L'application de forceps sur la tête dernière présente également de graves inconvénients au point de vue du pronostic fœtal. C'est ainsi que sur 16 cas que nous avons pu relever nous avons trouvé 4 enfants vivants, 8 enfants nés en état de mort apparente et ranimés au bout d'un temps plus ou moins long depuis une demi-heure (cas du 1<sup>er</sup> juin 1923) à une heure et demie (cas du 6 septembre 1920), mort d'ailleurs quelques heures plus tard. Et même dans 1 cas (29 juillet 1923), le fœtus n'a pu être ranimé qu'au bout de trois heures, enfin 4 enfants morts, ce qui élève le pourcentage à 25 p. 100. On devra pourtant recourir à ce procédé opératoire lorsque la manœuvre de Mauriceau aura échoué sans cependant trop insister pour éviter les lésions fœtales. Nous signalerons 1 cas (7 novembre 1924) où on a voulu recourir au forceps après avoir tenté sans résultat le Mauriceau; le forceps ayant échoué à son tour, on pratique de nouveau le Mauriceau après avoir donné quelques gouttes de chloroforme à la parturiente et l'on parvint à extraire l'enfant.

L'abaissement des bras selon le procédé classique est mentionné 17 fois dans les observations que nous avons relevées; sur ces 17 cas, 11 fois on est arrivé à un bon résultat, 6 fois l'abaissement se trouva particulièrement laborieux et 1 fois on provoqua une fracture de l'humérus. Nous n'avons malheureusement pas à mettre en comparaison un nombre semblable de cas où fut pratiquée la manœuvre de Mueller; nous n'en trouvons rapportés que 4 cas, alors qu'en réalité dans cette période de cinq années on a dû la pratiquer une quarantaine de fois à la clinique obstétricale.

C'est en 1898 que A. Mueller, alors privat-docent à l'Université de Munich, reprend l'étude de la méthode d'extraction indiquée par l'accoucheur hollandais H. Deventer dans son *Novum*

*Lumen* (Amsterdam, 1765); il a le mérite d'avoir donné à cette méthode tombée dans l'oubli une démonstration anatomique rigoureuse et de lui avoir donné, de ce fait, une valeur scientifique incontestable. Il résulte de ses expériences personnelles que la cause des dégagements difficiles réside en première ligne dans l'obstacle qu'oppose aux épaules l'entrée du bassin. Amener les épaules dans la cavité pelvienne est, aux yeux de Mueller, le point capital du dégagement des bras dans les bassins rétrécis. Mueller pense que, loin d'être une complication, le relèvement des bras est un avantage dans les cas d'angustie pelvienne, les clavicules devenant obliques et, par conséquent, leur longueur étant pratiquement restreinte à leur projection.

### **Technique de Mueller (1898).**

« *Premier temps.* — Lorsque les omoplates sont visibles à la vulve, au lieu de cesser les tractions comme dans la méthode classique, j'abaisse énergiquement le tronc de l'enfant en empoignant des deux mains le bassin fœtal. Dans la moitié des cas au bas mot, l'épaule antérieure est amenée sous la symphyse jusqu'à la vulve. La plupart du temps, le bras se dégage seul en glissant le long de la branche descendante du pubis qui agit à la façon d'un plan incliné. Si ce bras ne suit pas spontanément, il suffit de l'attaquer avec l'index pour le dégager entièrement.

» *Deuxième temps.* — On élève le tronc fœtal; le cou prend appui contre la symphyse et, grâce à la place gagnée par le dégagement de l'épaule et du bras antérieur, le bras postérieur s'engage facilement dans la cavité pelvienne, une traction plus énergique vers en haut l'amène à la vulve dont on le dégage sans peine s'il ne se libère pas spontanément.

» Dans les cas où la disproportion entre l'enfant et le bassin est plus prononcée, l'on ne réussit pas toujours à dégager l'épaule antérieure à la première traction vers le bas. Ce sont précisément les cas où l'on n'aurait d'autres moyens que celui de recourir au haut dégagement des bras en introduisant la

moitié de la main ou même la main entière dans le tractus génital. Dans de telles conditions, ainsi que dans tous les cas où le dégagement de l'épaule antérieure ne réussit pas d'emblée, j'essaie immédiatement d'engager l'épaule postérieure en imprimant au tronc fœtal, sans rendre la main me restant de peur que les épaules ne remontent, une traction énergique vers le haut, en décrivant un arc de cercle autour de la symphyse comme centre. Pendant cette manœuvre, je veille à ce que le dos ou le ventre soit tourné constamment de côté. Le plus souvent, l'épaule postérieure franchit le Douglas, et dans nombre de cas notamment, lorsque l'épaule est descendue au-devant de l'articulation sacro-iliaque, la ligne innommée agissant dans le même sens que l'axe du pubis vis-à-vis du bras antérieur fait glisser le bras postérieur au-devant de la poitrine, où il est facilement dégagé. » (*Annales d'obstétrique et de gynécologie*, année 1914, p. 146 et suiv., *L'extraction du siège d'après Deventer Mueller*, par H. de Trey).

Le professeur Rossier (de Lausanne) modifie cette technique en tenant plus compte des diamètres du bassin. D'après lui, les épaules doivent s'engager au détroit supérieur dans son plus grand diamètre, le transversal; puis, à l'aide du tronc de l'enfant, il faut favoriser leur descente dans un des diamètres obliques en imprimant à celui-ci une rotation de 45 degrés, et enfin faciliter leur dégagement dans le diamètre antéro-postérieur par une nouvelle rotation de 45 degrés. Le professeur Rossier proscriit les manœuvres de force (cléidorhexis). En général, les deux tractions, la première vers en bas, la deuxième vers en haut, suffisent cependant; il est parfois nécessaire de les répéter alternativement en bas et en haut pour dégager les épaules graduellement. Le professeur Rossier conseille de terminer l'accouchement par la manœuvre de Prague, de préférence à celle de Mauriceau, car on évite ainsi d'introduire la main dans le tractus génital de la parturiente, ce qui est un des principaux avantages de la méthode de Deventer-Mueller.

Nous trouvons dans la thèse inaugurale du docteur R. de Trey (Lausanne, 1913) une statistique établie à la Maternité de

Lausanne de 1903 à 1912. Il établit une étude comparative entre la méthode classique et celle de Deventer-Mueller et donne les résultats suivants :

Durée moyenne de l'extraction : Deventer-Mueller, 2,4 minutes. Méthode classique : 3 minutes ;

Mortalité infantile : Deventer-Mueller, 26 p. 100. Méthode classique : 22 p. 100 ;

Morbidité infantile : Deventer-Mueller, 1,2 p. 100. Méthode classique : 6,3 p. 100 ;

Morbidité maternelle : Deventer-Mueller, 13,7 p. 100. Méthode classique : 9,7 p. 100. Il attribue à la méthode de Prague le plus grand nombre de déchirures périnéales dans la série des Deventer-Mueller. Il signale, en outre, que sur 779 cas le Deventer-Mueller a échoué 53 fois = 6,8 p. 100. Il a donc fallu recourir au dégagement classique dans 6,8 p. 100 des cas.

On a objecté à la méthode de Mueller de provoquer des fractures de la colonne vertébrale (Veit, Société d'obstétrique et de gynécologie de Leipzig, 1907). Labhardt écarte la possibilité de cet accident dans le premier temps, mais concède que dans le deuxième temps on peut dépasser la limite de flexibilité de la colonne vertébrale. L'opérateur se mettra à l'abri des fractures de colonne en ayant soin de tirer rigoureusement dans l'axe, sans tordre le tronc du fœtus et sans exagérer le mouvement d'élévation.

La manœuvre de Deventer-Mueller nous semble être la méthode de choix pour l'extraction de l'enfant en présentation du siège en raison des avantages suivants :

1° Réduction sensible de la mortalité infantile ;

2° Diminution notable des cas de fractures de l'humérus et de la clavicule ;

3° Diminution des risques d'infection par manœuvres internes ;

4° Simplicité et rapidité de la manœuvre.

## CONCLUSIONS

D'après les résultats de notre statistique, il y a eu, de 1920 à 1925, à la clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Bordeaux, 133 accouchements en présentation de siège, ce qui nous donne comme fréquence un pourcentage de 3,74 p. 100.

Sur ces 133 sièges, nous avons relevé 67 sièges complets et 66 sièges décomplétés mode des fesses.

Nous avons noté chez les primipares une mortalité fœtale de 9,24 p. 100, alors que chez les multipares elle s'élevait à 14,4 p. 100. Résultat assez paradoxal qui peut s'expliquer par de nombreux cas de procidence du cordon chez les multipares observées. Chez les primipares, on est intervenu dans 46,2 p. 100 des cas, alors que chez les multipares on n'intervenait que dans 32,35 p. 100.

Sur 67 cas de siège complet, on a eu 39 enfants vivants : 13 enfants étonnés et ranimés, 15 morts, dont 8 morts et macérés. Sur 66 cas de siège décomplété mode des fesses, on a eu 41 enfants vivants, 14 enfants étonnés et ranimés, 13 enfants morts, dont 7 morts et macérés.

Au point de vue de l'intervention, l'abaissement prophylactique du pied est presque indispensable dans les cas suivants :

1° Dilatation lente et pénible ;

2° Bassins rétrécis ;

3° Chez les primipares à périnée résistant ou avec un enfant volumineux.

L'extraction du fœtus paraît être sensiblement plus facile lorsqu'on n'a pas eu recours à la chloroformisation.

Il faudra recourir à l'application de forceps sur la tête dernière toutes les fois que le Mauriceau aura échoué et ne pas s'obstiner à tenter celui-ci car le fœtus souffre et le temps presse.

La manœuvre de Deventer-Mueller pour l'extraction du fœtus en présentation du siège paraît préférable à tout autre et doit, en tous cas, être préalablement tentée.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

*Le Président,*

M. RIVIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 décembre 1925.

*Le Recteur de l'Académie,*

F. DUMAS

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BAR (Paul) et BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements, 1907.
- BARNES. — Leçons sur les opérations obstétricales, 1873.
- DUBOIS (Paul). — Mémoire de l'Académie de médecine de Paris, 1883.
- KUSTNER (Otto). — Présentation du siège et des pieds, leur danger, leur traitement, 1878.
- LACHAPELLE (M<sup>me</sup> DE). — Pratique des accouchements, t. II.
- LEPAGE. — *Compte rendu de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris*, juillet 1905.
- LEVRET. — Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux.
- MAGE. — Thèse de Bordeaux, 1920.
- MANIEL. — Thèse de Paris, 1909-1910.
- MANTEL. — Nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans les présentations du siège décomplété mode des fesses. Thèse de Paris, 1890.
- PAJOT. — *Annales de gynécologie*, 1832.
- PEU. — La pratique des accouchements. Paris, 1894.
- PINARD. — Dictionnaire des sciences médicales.
- POTOCKI. — Abaissement prophylactique et curatif du pied dans la présentation du siège décomplété mode des fesses. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1893.
- RIVIÈRE (Maurice). — De la présentation du siège décomplété mode des fesses. Société obstétricale de France, 1895.
- STEIN. — L'art d'accoucher.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité d'accouchement. Paris, 1880.









